

INFORME DE DEDUCIBLE
Michigan Department of Human Services

CADA VEZ QUE UN GASTO MEDICO ES INCURRIDO POR UN MIEMBRO DE SU FAMILIA, COMPLETE UNA LINEA DE ESTA FORMA. DE TODA LA INFORMACION PEDIDA. GUARDE COPIAS DE COBROS O RECIBOS PARA TODOS LOS GASTOS MEDICOS, NECESITAMOS VERLOS.

Grantee Name				
Case Number			Grantee Client ID	
County	District	Section	Unit	Specialist
Date			Other ID (as required)	

FECHA DE SERVICIO	NOMBRE DE MIEMBRO DE LA FAMILIA	MARQUE UNO	NOMBRE DEL PROVEEDOR	DIRECCION DEL PROVEEDOR	CANTIDAD DE CARGA	CANT. TOTAL AL DIA
		<input type="checkbox"/> Visita de Doc. <input type="checkbox"/> Receta <input type="checkbox"/> Otro				
		<input type="checkbox"/> Visita de Doc. <input type="checkbox"/> Receta <input type="checkbox"/> Otro				
		<input type="checkbox"/> Visita de Doc. <input type="checkbox"/> Receta <input type="checkbox"/> Otro				
		<input type="checkbox"/> Visita de Doc. <input type="checkbox"/> Receta <input type="checkbox"/> Otro				
		<input type="checkbox"/> Visita de Doc. <input type="checkbox"/> Receta <input type="checkbox"/> Otro				
		<input type="checkbox"/> Visita de Doc. <input type="checkbox"/> Receta <input type="checkbox"/> Otro				
		<input type="checkbox"/> Visita de Doc. <input type="checkbox"/> Receta <input type="checkbox"/> Otro				
		<input type="checkbox"/> Visita de Doc. <input type="checkbox"/> Receta <input type="checkbox"/> Otro				
		<input type="checkbox"/> Visita de Doc. <input type="checkbox"/> Receta <input type="checkbox"/> Otro				
		<input type="checkbox"/> Visita de Doc. <input type="checkbox"/> Receta <input type="checkbox"/> Otro				
		<input type="checkbox"/> Visita de Doc. <input type="checkbox"/> Receta <input type="checkbox"/> Otro				
		<input type="checkbox"/> Visita de Doc. <input type="checkbox"/> Receta <input type="checkbox"/> Otro				
		<input type="checkbox"/> Visita de Doc. <input type="checkbox"/> Receta <input type="checkbox"/> Otro				

Quando los gastos enlistados arriba son más que su cantidad de deducible, devuelva esta forma a su especialista inmediatamente. Usted puede traer esta forma y prueba de su gastos médicos a la oficina o devuélvalos por correo. **COMPLETE, FIRME Y FECHÉ PAGINA 2 DE ESTA FORMA ANTES QUE LO DEVUELVA.**

Especialista	Número de Teléfono
Nombre del Condado	Dirección del Condado
Condado del Department of Human Services	

1. Anote usted y el nombre de cada miembro de su familia que vive con usted.

Department of Human Services (DHS) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de su raza, sexo, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, creencias políticas o incapacidad. Si Ud. necesita ayuda para leer, escribir, oír, etc., bajo la Acta de Americanos con Incapacidades, usted está invitado a hacer saber sus necesidades a una oficina de DHS en su área.

2. ¿Hay algún miembro de su familia que recibe cualquier ingreso de empleo o por cuenta propia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, termine lo siguiente:	Ganancias Totales Mensuales antes de Deducciones	Cuidado de Niño Mensual Debido a Empleo
Persona trabajando	\$	\$
Persona trabajando	\$	\$

3. ¿Hay algún miembro de su familia que paga soporte o gastos de custodia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, termine lo siguiente:	Total Mensual del Soporte Pagado	Total Mensual de los Gastos del custodia Pagado
Persona Pagando Soporte/Gastode Custodia	\$	\$
Persona Pagando Soporte/Gastode Custodia	\$	\$

4. Otros ingresos que tiene.
Incluya el ingreso de todos los miembros de su familia.
Cada artículo debe ser completado.

TIPO DE INGRESO		CANTIDAD MENSUAL	INGRESO DE QUIEN
Beneficios de Seguro Social (RSDI)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Ingreso de Seguro Suplementario (SSI)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Beneficios de Retiro o Pensión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Beneficios de Veteranos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Beneficios de Incapacidades	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Ingreso de Renta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Compensación de Trabajadores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Sostenimiento de Niño o Alimenticia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Compensación de Desempleados	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Asignación Militar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Distribución de Juego (Ganancia Juego Casino)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$

5. Bienes que usted tiene.
Incluya los bienes de todos los miembros de su familia.
Cada artículo debe ser completado.

TIPO DE BIENES		VALOR DE LOS BIENES	PROPIET. DE BIENES
Dinero en Efectivo, en caja de depósito o fondo fiduciario de paciente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Cuentas de cheque, ahorro, o de Unión de Crédito	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Casa, interés por vida (life estate), contrato por vida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Propiedad (no su casa)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Hipoteca, contrato de tierra u otras notas pagables a miembro del hogar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Bonos de ahorro o fondos de mercado monetario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Acciones o fondos mutual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
IRA, KEOGH, 401K o cuentas de compensación diferida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Fondos Fiduciarios (Trust Fund(s))	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Seguro de vida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Annuity	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Autos, camiones, botes, motocicletas, otros vehículos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Herramientas y equipo, ganado o cultivos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Contrato de funeral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Parcela de cementerio(s), ataúd, etc.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Certificado de depósito (C.D.) o certificados de ahorro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$

CERTIFICO AL MEJOR DE MI CONOCIMIENTO, TODAS ESTAS RESPUESTAS EN ESTA FORMA SON VERDADERAS Y COMPLETAS.

Firma	Fecha
Firma del Esposo(a)	Fecha